

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Русина Н.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Россия

Психосоматическая медицина давно уже отнесла онкологические заболевания к своей группе. Причины онкологических заболеваний имеют как социальный (воздействие стрессоров окружающей среды), так и личностный характер (высокий уровень не эффективных психологических защит с преобладанием архаичных форм, отсутствие копинг-стратегий, психологические особенности личности: незрелость, нередко инфантильность, алекситимичность личности, закрытость эмоциональной сферы). Мы выделяем пять факторов, характеризующих психологическое состояние личности онкологического больного: эмоциональные состояния, отношение к себе и другим, отношения к болезни и лечению, социальный статус. При этом сами по себе они не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний, но являются факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями средовых.

В своей работе с онкологическими больными мы обращаем внимание на их личностные особенности, которые оказывают существенное влияние на течение болезни. Для больных преобладающим акцентуированным типом оказался эмотивный тип характера, при котором любое событие переживается необычайно глубоко и длительно (крайняя впечатлительность, потребность в особом стиле отношений, неумение увидеть главное, увязание в деталях, возможные конфликты). На втором-третьем местах педантичный тип (гипертрофия упорядоченности, перепроверка себя и других, нерешительность) и застревающий тип (подозрительность, мнительность, стойкость аффектов, неумение принимать ситуацию такой, какая она есть).

Стрессы и перегрузки порождают защитные реакции организма. Там, где не функционируют биологические, энергетические и психические защиты, вступают в действие неконструктивные психологические защиты личности, выполняющие временную защитную функ-

цию, действующие на уровне подсознания. Вместе с тем известно, что человеку необходимы механизмы совладания.

Наши исследования подтвердили гипотезу о том, что у больных отсутствуют адекватные механизмы совладания, и ослабление психического дискомфорта осуществляется в рамках неосознанной, нерациональной деятельности психики с помощью механизмов незрелых психологических защит.

Анализ результатов наших диагностических исследований показывает наличие высокого уровня психологических защит, в основном незрелых, и низкого уровня копинг-стратегий. Оказалось, что у всех больных на первом месте защитный механизм проекции, т.е. приписывание своих личностных качеств другим людям, и отрицание. Высокие баллы защиты по типу отрицания соответствуют первой стадии развития психологической реакции на болезнь - отрицанию. В целом, больные имеют гораздо более высокие баллы по защитам, чем здоровые люди.

Исследования копинг-стратегий показали, что, в отличие от больных с невротической симптоматикой и здоровых людей, у онкологических больных преобладают реакции дистанцирования (уменьшение значимости ситуации и когнитивные усилия по отдалению от нее) и положительной переоценки, включающей религиозное измерение, при этом существенно ниже реакции планирования решения проблемы.

Как правило, в преморбиде больные проявляют неспособность выражать свои чувства и изливать свой гнев. Они склонны к терпению и гармонии отношениям. Неотреагированные эмоции накапливаются в теле. Предполагая, что эмоционально-личностные качества оказывают существенное влияние на течение болезни, мы использовали проективные ассоциативные методики исследования реакций на эмоциональные слова и описание картинок из методики ТАТ. Результаты продемонстрировали накопление и сдерживание отрицательных эмоций. Изучение асимметрии мозга в сопоставлении с реакциями психологической защиты и копинг-поведения у онкологических больных позволили нам сделать вывод об эффективности прогноза выхода из кризисной для больного ситуации: правополушарные и гармонично сочетающие работу полушарий легче справляются с ситуациями в сравнении с левополушарными.

Ресурсами копинг-механизмов являются: "хорошая" «Я-концепция», высокая сила "Я", адекватный уровень субъективного контроля, стремление к принятию себя и других, сенсорные и когнитивные ресурсы личности, актуализированные и реализуемые жизненные личностные смыслы.

В качестве подтверждения можно привести диагностические результаты двух групп онкологических больных с тяжелыми калечащими операциями. В первой группе низкие баллы по самоуважению, аутосимпатии, ожиданию положительного отношения от других, самоинтересу и самопониманию, высокие баллы по самообвинению и примитивные личностные смыслы. Вторая группа имеет более сильную «Я-концепцию», многоуровневые предельные смыслы. В этой ситуации стресс (калечащая операция, неопределенность прогноза) не перерастает в личностный кризис, хотя кризисная ситуация (изменение статуса, облика, социальной роли, новая бытовая ситуация) налично. Сила их копинг-ресурсов значительно выше, что помогает им восстанавливаться быстрее и продуктивнее.

Как пример, можно привести работу с двумя женщинами одинакового возраста, социального и семейного статуса, больных, прооперированных по поводу рака прямой кишки с наложением колостомы. Первая больная, не имея хороших копинг-ресурсов, накануне операции дала подъем температуры, из-за чего операция была отложена. После операции долго восстанавливалась. Вторая больная имела высокие копинг-ресурсы (хорошую «Я-концепцию», самодостаточность, успешность в профессиональной и личной сфере, адекватный уровень локус-контроля, разветвленные предельные смыслы) и смогла отвечать на вопросы сразу же в реанимационной палате, как только пришла в себя, была тут же переведена в обычную палату.

Психологическая коррекция первой группы должна быть направлена на формирование новой «Я-концепции» и «выращивание» новых смыслов, поиск выхода из кризиса, а через него из стресса, для второй - на укрепление «Я-концепции» и выхода из стресса. Психотерапевтическая работа в первой группе включает поведенческую, но в большей степени экзистенциальную психотерапию, во второй - акцент чаще смещается на поведенческую психотерапию.

Изучение отношения к болезни должно проводиться в зависимости от этапов заболевания: поликлинического, этапа поступления в клинику, предоперационного, послеоперационного, этапа выписки и катamnестического этапа. Для каждого из них, как оказалось, характерны различные психологические и психопатологические особенности онкологических больных.

При диагностике отношения к болезни по результатам исследования в общей ранговой оценке первое место занимает сенситивный тип отношения к болезни. Такие больные испытывают чрезмерное беспокойство о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Для сравнения в группе «здоровых» первые места занимают либо анозогнозический (отбрасывание мыслей о болезни, отрицание ее, приписывание прояв-

ление болезни случайным обстоятельствам), либо эргопатический (уход от болезни в работу) типы отношений. Для больных в целом характерно отсутствие понимания роли причинно-следственных отношений в их жизни, заболевании.

При диагностике самоотношения у больных обнаруживались неадекватность самооценки, социальная дезадаптация, высокий уровень аутоагрессии. Сравнение группы онкологических больных и здоровых людей выявило значительные различия по следующим параметрам: у больных высокое самообвинение, низкое саморуководство, низкое ожидание положительного отношения от других людей, низкие самоинтерес, низкая аутосимпатия.

Исследования смысложизненных ориентаций показали, что у онкологических больных отмечается чрезмерно высокий уровень самоконтроля, при этом собственная жизнь их контролю не подвластна.

Социальные факторы (развод, смерть родственников, неадекватная социальная поддержка, одиночество, плохие отношения с супругами, неожиданное разрушение значимых отношений, отсутствие близости с родителями) имеют большое значение в развитии заболевания, в момент реабилитации. Угроза калечащих операций, боязнь нарушения супружеских отношений, страх быть отвергнутыми семьей и обществом начинают доминировать в системе переживаний.

Физическая привлекательность тесно связана с ощущением счастья, психическим здоровьем и самооценкой. Важную роль в формировании самооценки играет сопоставление образа реального Я с образом идеального Я, то есть с представлением о том, каким человек хотел бы быть. Чаще всего, оперативное вмешательство приводит к снижению самоотношения и самооценки. Вмешательство также затрагивает мир чувств и впечатлений больного, его представлений, связанных с его собственным телом. Калечащие операции вызывают разрушение этого образа. Психическое равновесие после операции, наряду с множеством других факторов, зависит от того, нарушена ли эта схема представлений и насколько способна личность принять, “реинтегрировать” новое положение, последствия операции. Проведенное лечение, калечащие операции ставят перед больным профессиональные, бытовые, семейные и другие проблемы. Второй фактор, важный для формирования самооценки, связан с интериоризацией социальных реакций на данного индивида. Иными словами, человек склонен оценивать себя так, как, по его мнению, оценивают другие. Данную ситуацию можно охарактеризовать как кризисную, так как здесь происходит изменение статуса, облика, социальной роли и т.д.

Нередко в сложной экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватные реакции на болезнь. Достаточно распространена практика, когда пси-

хологическая и психотерапевтическая помощь оказывается необходимой в большей степени самим родственникам, чем больному. План лечения и ухода должен обязательно разрабатываться врачом вместе с семьей при учете рекомендаций психолога. Кризисная ситуация – тяжелая болезнь близкого человека – является индикатором адаптивности и сплоченности семьи. Их показателями являются степень аффилиации и поддержки своего близкого, а также других больных, регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи.

При изучении взаимоотношений в семье оказалось, что у большинства больных индекс семейной сплоченности гораздо ниже нормы («разобщенный»), при этом индекс семейной адаптации превышает норму и оказывается в группе «хаотичный».

Отдельный аспект - изучение и изменение личностных смыслов больного и учет их при работе с ним.. У больных, с трудом выходящих из онкологического кризиса и затрудненным процессом адаптации после операции и лечения, отмечаются неразветвленные предельные смыслы, наблюдаются более ограниченные предельные смыслы, у здоровых людей обнаруживаются разветвленные многоуровневые предельные смыслы. У онкологических больных образ «Я» как семантическая категория прямо коррелирует с глубиной личностных смыслов.

В то же время формирование новых личностных смыслов при онкологических заболеваниях происходит гораздо быстрее, чем при любых других заболеваниях, но очень болезненно. В протекании заболевания мы имеем дело со всеми видами критических ситуаций, сопутствующих процессу переживания: стрессом, конфликтом, фрустрацией и кризисом. Болезнь возникает как результат стресса, приводит больного в состояние фрустрации, выявляет внешние и внутренние конфликты, актуализирует жизненный кризис. Больной оказывается перед проблемой выбора ценностей, перспектив, стратегий и тактик поведения, с которыми он должен разобраться в кратчайший временной срок. За короткий период больной может перейти на новую ступень в духовном развитии, нередко он к этому просто не готов и оказывается в полной растерянности. Но само течение времени как бы замедляется, так как время оценивается пациентом как очень значимое. Жизнь как бы замедляет свой ускоренный темп, изгоняя суету и пустые хлопоты. Происходит изменение восприятия временных интервалов. Больной как бы возвращается в детство, когда время замедленно. Ему остается, к примеру, месяц жизни, а он говорит: «Как это много».

Изменение отношения к смерти заставляет его изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть – это часть жизни. Через переосмысление жизни и формирование новых жизненных смыслов возникает состояние мудрости и некой отстраненности. Со стороны это выглядит так, как будто он становится много старше и опытнее, постигает истину. Итогом являются терпимость и смирение, принятие и покой. В лечебной практике мы наблюдаем, что люди верующие или обретшие веру в момент болезни принимают свое состояние гораздо спокойнее. Данная проблема требует от психолога-психотерапевта владения экзистенциальной проблематикой и умения выявлять, анализировать жизненные смыслы, ценностные ориентации, кризисные состояния, оказывать адекватную помощь.

Позиция онкологических больных характеризуется сужением смысловой перспективы, которая проявляется в общей неудовлетворенности жизнью, отсутствием целей в будущем и самостоятельного контроля над жизнью. Сокращение временной сферы мотивации выражается в «смысловой смещенности» на события настоящего времени.

Основная направленность смысловой регуляции больных – защитная, служащая избеганию дискомфорта, причиняемого своему социальному окружению. У больных создается представление о себе как о сильных личностях, обладающих достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Существует высокая связь между категориями «самоуважение» и «локус контроля-Я», свидетельствующая о том, что выше названные категории измеряют одну и ту же характеристику личности: уверенность в собственных силах. Больные стремятся казаться сильными, чтобышний раз не обременять своими проблемами близких людей.

При этом повышенный индекс децентрации характеризует таких больных, как ограничивающих свою личную жизнь. Высокие показатели по данному индексу характеризуют больных как людей, которые соотносят свои помыслы и действия с интересами других людей. Чужие проблемы и интересы они рассматривают со своей точки зрения, стараются сами взяться за разрешение их проблем, то есть больные рассматривают свою жизнь в контексте жизней других людей и во взаимосвязи с ними. Направляя свою активность вовне, они стремятся перейти к актуализации своей желаемой, иллюзорной способности влиять на события.

По результатам исследования больные характеризуются пониженным самоуважением, аутосимпатией и повышенным самоуничтожением. Внутренняя конфликтность отрицательно коррелирует с категорией «прошлое», что сопровождается погружением в прошлое в

ущерб ситуации «здесь и сейчас». Это подтверждается положительной корреляцией «самопривязанности» с категорией «прошное», что означает отрицание важности и желательности развития собственного «Я», при одновременном усилении значимости итогов прожитой жизни. Внутренний конфликт проявляется, прежде всего, в отрицании проблем, что может рассматриваться как защитная стратегия, способствующая понижению тревоги относительно неопределенного будущего. Однако это способствует развитию противоречивого самоотношения, порождающего несамостоятельность данных больных, которые бессознательно любой ценой стремятся избежать ответственности за свою судьбу. Данных больных можно охарактеризовать как прожектеров, планы которых не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. У них возникают определенные трудности в практическом осуществлении своих намерений и невозможность влияния на то, что с ними происходит. Это подтверждается положительной корреляцией между категориями «самопривязанность», «локус контроля-жизнь» и повышенным индексом рефлексивности, проявляющейся не только в развитом сознании, но и в трудности осуществления практической деятельности.

Данные экспериментального исследования подтвердили выдвинутую гипотезу о том, что внутренняя конфликтность онкологических больных актуализируется в результате противоречия между способностью влияния на ход жизни и возможностью самостоятельного осуществления выбора этого влияния, что приводит к сужению смысловой перспективы.

Результаты психологической диагностики подсказывают выбор психологических и психотерапевтических методов коррекции. Выбор психологических и психотерапевтических методов коррекции следует осуществлять в зависимости от эмоционально-психологических особенностей личности и реакции на болезнь, от этапов развития заболевания и стадий лечения.

Поведение врача должно быть адекватно каждой стадии. Ведущим методом психотерапии с онкологическими больными остается рационально-эмотивная личностно-ориентированная психотерапия. Психотерапия в психосоматической клинике должна включать следующие цели: 1) тренировку способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, 2) проработку жизненного и семейного контекста проблем, 3) проработку межличностных затруднений. Именно на первом этапе важна работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическими состояниями, последствий нарушений эмоциональной психогигиены и физического здоровья, осознании трудностей понимания и

выражения чувств, изменения негативной установки по отношению к эмоциям, расширению эмоционального словаря, развития навыков маркировки эмоциональных состояний, фокусировке внимания на модусе переживания, развития навыков дифференциации отдельных эмоций в гамме чувств. Следующий этап – обучение управлению эмоциями через когнитивную психотерапию, обучение моделям совладания, переформулированию базисных убеждений.

Это могут быть техники поведенческой, когнитивной, экзистенциальной и христианской психотерапии, элементы гештальт – терапии. В лечении также используются, психодрама, сказкотерапия, куколотерапия, музыкальная терапия.

Эффективность психокоррекционного и психотерапевтического воздействия мы измеряем по методике САН (самочувствие, активность, настроение) и методике на изучение качества жизни.

Разнообразные психотерапевтические техники, направленные на улучшение качества жизни, ориентированные на психодинамическую поддержку и снятие напряженности, лечение образами и визуализацией, создание ресурсных состояний дают определенный эффект. Тем не менее, недостаточно повышения внутренней сопротивляемости и создания установки на активную борьбу в процессе психотерапии больного. Необходима работа с его духовным уровнем. Успех лечения зависит от взгляда на жизнь. Счастливый человек выздоравливает быстрее, несчастный – медленнее. Работа по осознанию причинно-следственных отношений и расширению сознания приводит больных к мысли о необходимости изменить свой взгляд на мир, стать более гибкими, уходить от оценок, деления мира на «черное» и «белое». Исследования показали, что онкологические больные с внутренней установкой на выздоровление и волей к жизни надолго переживают своих пессимистично настроенных товарищей по несчастью. При этом не только продолжительность их жизни увеличивается, но и сама жизнь становится более полноценной и приносит радость.